FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° 438

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 Juillet 1907, à 1 heure

Par Pierre-René-Henri FOURNIER

Né le 4 août 1869, à Mayet (Sarthe)

LE

TRAITEMENT DU BUBON VÉNÉRIEN

NOTAMMENT

Par l'hyperhémie au moyen de la ventouse de Bier

Président : M. LANDOUZY, *professeur.*

Juges : MM. THOINOT, *professeur.*
BALTHAZARD et MARCEL LABBÉ, *agrégés.*

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Operations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par deliberation en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considerées comme propres a leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

438

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Grâce à la véritable épidémie de chancres mous qui a sévi cette année et qui a été constatée dans tous les hôpitaux spéciaux, Cochin annexe, Saint-Lazare et Saint-Louis, nous avons eu la chance de pouvoir observer en peu de temps un nombre suffisant de bubons vénériens.

Les mots bubon, poulain, désignaient pour les anciens toutes les adénites inguinales ; pour Ricord, ils signifient les adénites consécutives à la blennorragie, au chancre mou ou à la syphilis. Nous adopterons sa définition.

Cette étude n'aura pour objet que le traitement du bubon vénérien non compliqué ; nous négligerons de parti pris celui des autres adénites inguinales, ainsi que celui des complications du bubon proprement dit dont les principales sont la chancrellisation secondaire et le phagédénisme.

Au point de vue clinique on divise les bubons en suppurés et non suppurés.

Chez les blennorragiques, on trouve 5 à 6 fois sur 100 une adénite légère qui dure peu et se résout spontanément, les formes chaudes, suppurantes sont exceptionnelles ; nous n'en avons jamais observé e nous n'en parlerons pas.

Le bubon syphilitique, adénite inguinale primitive; suppure rarement, 49 fois sur 1683 bubons observés par Jullien, soit une proportion de 2 0/0 ; l'évolution en est toujours très lente et les traitements ont peu d'action sur sa durée.

Le bubon consécutif au chancre mou est très fréquent, il complique la chancrelle à peu près dans la moitié des cas et il suppure presque toujours ; généralement d'ailleurs cette suppuration est primitivement banale et serait peu grave si, non traité ou mal traité, le bubon ne devenait fréquemment virulent.

Voici à ce sujet une statistique empruntée aux Ds Dubreuilh et Lasnet.

Sur 136 bubons, 27 se sont résorbés sans s'ouvrir ;

43 ont dû être ouverts mais ne sont pas devenus chancreux;

51 sont devenus virulents consécutivement, alors qu'il ne l'étaient pas au moment de l'ouverture;

12 ouverts spontanément avant l'entrée des malades à l'hôpital sont tous devenus chancreux, ce qui montrerait au dire de Strauss le rôle des inoculations d'origine externe ;

3 seulement étaient virulents d'emblée.

Nous aurons donc surtout en vue dans ce travail, le traitement du bubon consécutif au chancre mou ;

nous passerons en revue les différents traitements employés jusqu'ici et nous exposerons à la fin les résultats que nous a donnés l'emploi de la méthode de Bier.

Dès l'abord une classification thérapeutique s'impose; nous diviserons les différents traitements en:

1° Traitement par le repos et les moyens locaux extérieurs plus particulièrement médicaux, antiphlogistiques, compressifs, topiques, etc. ;

2° Par l'incision simple ;

3° Par la ponction au bistouri ;

4° Par la ponction aspiratrice ;

5° Par les injections médicamenteuses ;

6° Par la méthode de Bier, qui en réalité devrait rentrer dans le cadre du premier chapitre, mais qui est suffisamment importante en elle-même pour nous autoriser à lui faire une place à part.

Cette classification, si elle présente des défauts, a au moins l'avantage d'être commode pour l'exposé complet des méthodes employées ; c'est pourquoi nous l'adopterons en faisant remarquer dès maintenant que ces différents traitements loin de s'exclure se complètent au besoin.

Quelque bénignes que soient en général les adénites vénériennes, le bubon évoluant presque toujours spontanément vers la guérison, leur traitement n'en a pas moins une réelle importance.

L'affection est douloureuse ; elle peut aboutir à des suppurations parfois fort longues, entraînant à leur suite l'inconvénient d'une cicatrice indélébile.

D'autre part on obtient difficilement des malades le repos prolongé nécessaire pour un mal qu'ils veulent tenir caché.

Le meilleur traitement ne devra donc pas seulement calmer la douleur et hâter le plus possible la guérison, il devra également éviter au malade des reliquats peu esthétiques.

A ces égards aucune méthode ne donne pleinement satisfaction.

C'est pourquoi notre maître M. le Dr Queyrat, auquel nous exprimons ici toute notre reconnaissance, nous a conseillé d'expérimenter la méthode de Bier dans le traitement des adénites inguinales vénériennes ; avec sa bienveillance habituelle, il nous a guidé dans les recherches de son application sur les malades de son service, et si nous avons obtenu quelques résultats satisfaisants, c'est à ses conseils éclairés qu'il faut les attribuer.

Mais avant de commencer ce travail, nous avons un devoir impérieux à remplir, nous devons remercier tous ceux dont nous avons été successivement l'élève au cours de nos études médicales.

M. le professeur Albarran et M. le Dr Brodier ont dirigé nos premiers pas ; nous tenons à les assurer de nos sentiments reconnaissants et respectueux.

Chez M. le Dr Felizet et M. le Dr Claisse, nous avons accompli nos deux premières années d'externat; nous les remercions de la bonté et de la bienveillance qu'ils nous ont témoignées.

Nous n'oublierons jamais l'enseignement de M. le

Dr Hirtz et de M. le Dr Renault, et nous leur affirmons l'excellent souvenir que nous avons gardé du temps trop court écoulé près d'eux.

L'année passée dans le service de M. le Dr Wurtz nous a laissé un des meilleurs souvenirs de nos études médicales ; qu'il soit assuré de notre entier dévouement.

Nous remercions également M. le Dr Lenormant et M. le Dr Oppenheim pour la part qu'ils ont prise à notre instruction médicale.

Nous sommes heureux d'assurer M. le Dr Puech, dont l'amitié nous a toujours suivi, de notre affection profonde et de donner à la mémoire de M. le Dr Guignard le témoignage d'un souvenir plein de regrets.

A part nous voulons affirmer notre affection pour M. le Dr Michon et lui témoigner notre gratitude ; une double dette de reconnaissance nous lie à lui, nous n'oublierons jamais l'année passée dans son service, ni tout ce qu'il a fait pour nous.

MOYENS LOCAUX EXTERIEURS

Etant donnée la fréquence avec laquelle le bubon complique le chancre mou, quarante-cinq fois pour cent en moyenne, tout malade atteint de chancrelle doit se surveiller et éviter toute irritation locale et toute fatigue. Si en effet le poulain est plus fréquent dans la clientèle d'hôpital, s'il est plus rare chez la femme, c'est que les fatigues, la marche, la malpropreté, les frottements jouent un grand rôle dans sa production.

En conséquence, les pansements, la protection des parties ulcérées, l'absence d'irritation, le repos devront toujours être employés comme moyens prophylactiques. Mais, quand les ganglions de l'aine commencent à s'enflammer, s'ils ne sont pas encore suppurés, s'ils sont encore mobiles, ne s'accompagnant pas de péri-adénite, recouverts d'une peau adhérente ayant gardé sa coloration normale, on peut espérer les voir se résoudre et disparaître simplement sous l'influence du repos au lit et de la compression associée à l'action des pansements ou des topiques.

Tout traitement du bubon demeure à peu près inefficace sans le repos et l'absence d'irritation, ce sont deux conditions nécessaires à la résolution des adénites au début et à la guérison de celles qui ont déjà évolué quel que soit le traitement institué.

Le repos accompagné de la protection de la tumeur par un pansement compressif ou non est obligatoire dans tous les cas, et il faut insister particulièrement auprès du malade sur la nécessité absolue de garder le lit, ce qui est souvent très difficile à obtenir.

La compression est un excellent adjuvant de presque toutes les méthodes de traitement du bubon.

On l'a pratiquée autrefois en installant sur la tumeur protégée par des compresses, une masse de sable ou de plomb pesant trois livres environ, procédé complètement délaissé actuellement pour le pansement ouaté compressif.

Une épaisse couche d'ouate enveloppant l'aine et la racine de la cuisse, on place au niveau de la tumeur un tampon d'ouate, on fixe ce pansement avec une bande de tarlatane humide et on fait par-dessus un spica serré de l'aine à l'aide d'une longue bande de toile.

Ce pansement est renouvelé tous les deux jours, tant que le bubon est douloureux et tant que le ganglion n'est pas très diminué. On attendra pour supprimer tout à fait l'appareil et permettre au malade de se lever, la guérison totale apparente; encore faudra-t-il continuer à le surveiller pour recommencer le traitement à la moindre alerte.

L'action du froid a été également essayée, on a maintenu en permanence sur les bubons, sans résultat d'ailleurs, des vessies de glace.

Ce qui était plus rationnel était de tenter le traitement par la chaleur; on sait d'après Aubert que le bacille de Ducrey ne peut vivre à une température de 38°, et ce fait explique que la chancrelle ne donne jamais lieu à une adénite profonde ; le chancre mou du col de l'utérus n'infecte jamais les ganglions pelviens dont la température est trop élevée. Aubert donc dans les cas de bubons consécutifs à la chancrelle a ordonné des demi-bains à 41°, il a pu les faire supporter assez facilement pendant huit à dix heures, en versant de l'eau froide sur la tête et le tronc du patient. La température du malade est élevée jusqu'à 39°5 et des guérisons ont été obtenues en dix jours. Ce traitement est actuellement abandonné, il n'a d'ailleurs pas donné les résultats qu'on en attendait. On ne s'expliquerait guère d'ailleurs son action sur le bubon généralement non virulent.

En même temps que de la compression, on peut faire sur la région enflammée des applications médicamenteuses. La teinture d'iode est le plus souvent employée, elle peut être remplacée par une pommade iodée :

Vaseline. . . . } Lanoline. . . . }	ââ 15 gr.
KI	4 gr.
Iode métallique .	0 gr. 60

par la pommade à l'ichtyol :

Vaseline. . . .	}	ââ 15 gr.
Lanoline. . . .	}	
Ichtyol		10 gr.

Ou par l'onguent napolitain qui a l'inconvénient de déterminer fréquemment de l'érythème mercuriel.

Cordier s'est bien trouvé des lotions locales antiseptiques suivies de badigeonnages au collodion iodoformé.

Beaucoup d'autres moyens ont été également abandonnés :

Le nitrate d'argent en promenant la pierre infernale pendant cinq à six secondes sur la peau mouillée ;

Les sangsues, les scarifications qui donnaient lieu souvent à des complications de chancrellisation ;

De larges vésicatoires (Velpeau), de petits vésicatoires volants suivis de pansements au sublimé (Guérin).

Mais il arrive le plus fréquemment que le bubon ne regresse pas ; la tumeur grossit ; le ganglion primitivement atteint se noie dans un empâtement de périadénite ; la peau adhérente rougit ; la douleur devient pulsatile ; la suppuration est alors imminente ; et délaissant les traitements précédents, il faut avoir recours à des méthodes plus actives pour empêcher l'ouverture spontanée du bubon suivie de toutes ses complications.

INCISION

Quand le bubon est arrivé à la suppuration, la non intervention est coupable et même dangereuse; doit-on traiter les poulains comme des abcès vulgaires? autrefois on les incisait tous à maturité.

On a même été plus loin l'ablation totale de la tumeur a été pratiquée en Allemagne. Sous le chloroforme, la peau décollée était réséquée, les ganglions enflammés, suppurés ou non étaient extirpés au doigt ou à la curette et la cavité béante était bourrée de gaze iodoformée. Cette opération donna lieu à des hémorragies graves dont deux furent mortelles et Spietschka a vu des œdèmes persistants de la verge et du scrotum consécutifs à l'extirpation bilatérale des ganglions inguinaux. Neisser, Aubry, ont signalé dans ce cas chez la femme des ulcères chroniques de la vulve.

Revenant à l'incision simple, presque toujours il est possible de l'éviter et d'épargner au malade cette intervention douloureuse et ses suites.

Cependant il est des cas, quand la peau amincie, décollée est tendue au-dessus d'une cavité suppurante qui ne manifeste aucune tendance à se combler, où il devient nécessaire de la pratiquer et largement. La peau rasée, lavée avec une solution antiseptique, sera ouverte sur toute la longueur du bubon ; la cavité sera lavée avec une solution antiseptique forte, solution phéniquée à 1 pour 20, sublimé à 2 pour 1000, ou mieux encore chlorure de zinc à 1 pour 20 ; on appliquera ensuite un pansement iodoformé. Une antisepsie minutieuse au cours de l'opération et des pansements évitera la chancrellisation secondaire et permettra une cicatrisation relativement rapide. Il serait préférable d'adopter, suivant la recommandation de Panas et Terrillon, l'incision perpendiculaire à l'arcade crurale. Cette incision mieux que l'autre, faciliterait l'évacuation du pus, l'accolement des parois de la cavité, et les applications des pansements ou de topiques ; elle aurait de plus l'avantage de laisser une cicatrice moins étendue. Tel n'est pas l'avis de M. le Dr Queyrat pour qui l'incision parallèle à l'arcade suivant le sens des plis de la peau, doit être préférée, car elle donne des cicatrices aussi longues mais moins larges et moins apparentes.

Aujourd'hui d'ailleurs on n'est plus guère partisan de l'incision systématique, intervention douloureuse et brutale qui favorise trop souvent la chancrellisation secondaire, et retarde beaucoup la guérison du bubon, opération à peine moins mauvaise que l'expectation.

L'emploi du bistouri, voire du thermocautère et de la curette devient au contraire indispensable en cas de bubon chancrelleux ; lorsque la virulence n'aura pu être entravée par les injections antiseptiques, la peau amincie, décollée, fistuleuse devra être réséquée afin de pouvoir attendre le fond de l'ulcère et y appliquer le traitement convenable. Ces cas d'ailleurs ne nous occupent pas, nous les avons éliminés de notre étude dès le début.

PONCTION AU BISTOURI

Devant les mauvais résultats donnés par l'incision large on chercha à la remplacer par de simples ponctions au bistouri. Celles ci en effet facilitent aussi bien l'évacuation du pus qui peut être drainé facilement à l'aide d'une fine mèche ; la chancrellisation secondaire a beaucoup moins de chances de se produire, surtout quand la méthode est alliée à celle d'injections antiseptiques ou modificatrices ; les cicatrices qu'elles laissent sont très limitées et à peine apparentes.

La peau est rasée, savonnée, lavée à l'éther et à l'alcool, anesthésiée au besoin avec le chlorure d'éthyle ; avec la pointe d'un bistouri étroit on fait au centre de la région fluctuante, non pas perpendiculairement mais parallèlement à l'arcade crurale, une incision longue d'un demi centimètre environ ; par compression le pus est exprimé, la plaie est recouverte d'un pansement humide antiseptique et d'un bandage compressif. Le repos au lit est ordonné au malade.

Malheureusement ce procédé si simple n'abrège guère la durée du mal ; on peut voir la suppuration durer trois semaines, un mois, les ganglions voisins se prenant et suppurant à leur tour ; et, sans parler des bubons virulents qui sont, on le sait, relativement rares, on peut toujours voir la plaie se chancrelliser.

Le Dr Cordier allie à cette ponction la méthode des injections médicamenteuses et donne ce traitement comme procédé de choix : La ponction doit être la plus hâtive possible au risque de ne pas trouver encore de pus ; après la ponction, le pus étant évacué, une injection modificatrice d'un centimètre cube d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 50 est poussée dans le bubon où elle est laissée. On fait par dessus un pansement iodoformé, recouvert lui-même d'un bandage légèrement compressif, le repos absolu au lit est exigé du malade.

Il se produit à la suite de cette injection, pendant trois ou quatre jours, une suppuration abondante qui devient rapidement séreuse ; on renouvelle le pansement tous les jours ; la guérison est obtenue dans les deux tiers des cas en dix à douze jours.

D'autres injections modificatrices ont été essayées, aucune n'a donné ces résultats.

La ponction suivie de badigeonnage au chlorure de zinc à 1 pour 10 ne peut pas être aussi précoce que celle suivie d'une injection au nitrate d'argent ; il faut attendre pour la pratiquer que le pus soit collecté ; l'incision doit être prolongée pour pouvoir badigeonner les parois de la cavité avec un tampon

d'ouate imbibé de la solution de chlorure de zinc ; on draine et on fait un pansement humide tant que la suppuration est abondante, sec lorsqu'elle commence à se tarir.

Ce procédé est certainement inférieur au précédent ; d'abord il est plus douloureux, puis au point de vue de la durée, si l'évolution du bubon est immédiatement arrêtée, la cicatrisation complète est plus longue et il persiste assez longtemps une induration de la région.

On peut également combiner l'injection de nitrate d'argent à l'application de chlorure et d'oxyde de zinc sous forme de pâte de Socin en pansements.

Chlorure de zinc	1 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Eau distillée.	Q. S.

pour donner au mélange la consistance d'une pâte.

Cette pâte est généralement employée affaiblie, une quantité moitié moindre de chlorure de zinc dans sa composition est préférable.

On fait une injection de nitrate d'argent qu'on laisse ressortir avec le pus ; tant que la sécrétion purulente abondante produite par ce contact n'est pas devenue séreuse, on applique sur la plaie un pansement composé de lamelles d'ouate recouvertes de pâte de Socin qui, en séchant se fixe à la peau. Ce pansement est renouvelé tous les matins.

Ce procédé n'offre aucun avantage sur les précédents, l'application de la pâte est très douloureuse

et peut produire de l'œdème de la région, de plus il est quelquefois nécessaire de faire au bout de trois ou quatre jours une nouvelle injection de nitrate d'argent.

Les injections phéniquées ont également été employées.

MM. Arnozan et Vigneron se servent simplement d'eau phéniquée à 40 0/0.

M. Gamel emploie la formule suivante :

Acide phénique cristallisé	10 gr.
Camphre	25 gr.

Ces injections ont le défaut de laisser à leur suite des indurations persistantes.

MM. Otis et Fontan ont beaucoup vanté en 1895 les bons résultats que leur a donné la méthode des injections de vaseline iodoformée.

Après ponction du bubon suppuré, expression complète du pus et lavages repétés de la cavité avec une solution tiède de sublimé à 1 pour 2000, on emplit la poche, en évitant soigneusement de la distendre, avec une injection de vaseline iodoformée à 1' pour 10, liquéfiée au bain-marie.

Si l'injection tendait à refluer par l'ouverture, on l'arrêterait par l'application de compresses imbibées d'une solution antiseptique faible. Puis avec de la gaze iodoformée on fait un pansement occlusif fixé par du collodion.

Le malade rapidement soulagé peut se lever, l'évolution du bubon est immédiatement arrêtée, en

quelques jours les phénomènes inflammatoires disparaissent et l'ouverture de la cavité se ferme après avoir quelquefois laissé suinter de la vaseline pendant quelques jours.

Sur 183 bubons observés par le Dr Fontan en 1889 :

123 ont guéri en moins de 15 jours ;
30 — 10 à 15 jours ;
8 — 15 à 20 jours ;
6 — 20 à 30 jours ;

16 rechutes ont nécessité un autre traitement.

Ces résultats sont très beaux, malheureusement le Dr Fontan parle de suintements prolongés de vaseline et cite deux cas de fistules interminables, consécutives à l'emploi de cette méthode, qui ont dû être traitées chirurgicalement.

D'autre part que devient la vaseline injectée dans le bubon après la guérison ? peut-être n'est-il pas indifférent de laisser ainsi dans une région aussi facilement inflammable une substance étrangère.

De tous ces traitements celui du Dr Cordier paraît être certes le préférable, bien que le nitrate d'argent comme toutes les solutions antiseptiques ou modificatrices concentrées, donne lieu à une réaction vive et douloureuse, qui peut même quelquefois occasionner un peu de fièvre. Quant à la cicatrice laissée par la ponction elle est insignifiante. Ces procédés, comme durée et comme résultat esthétique, sont très supérieurs à l'incision.

PONCTION ASPIRATRICE

Lorsqu'en 1873 parut le *Traité de l'aspiration des liquides morbides* de M. le professeur Dieulafoy, dans tous les services hospitaliers on pratiqua la ponction aspiratrice toutes les fois qu'on lui trouva quelque indication.

Jullien, dès 1873, l'emploie dans le traitement des bubons suppurés. Bien auparavant, Crocq avait pratiqué la ponction simple des adénites inguinales à maturité ; les résultats n'avaient pas été très bons et sa méthode avait été complètement abandonnée. M. Le Pileur recommande en 1874 dans sa thèse sur le traitement des bubons l'emploi de la ponction aspiratrice. Il la pratique encore aujourd'hui systématiquement dans son service, en ayant toujours obtenu les meilleurs résultats ; il a seulement abandonné l'usage de l'aspirateur de Dieulafoy, il se sert d'une seringue, instrument plus simple, bien suffisant pour la quantité de pus contenue dans un bubon.

Voici sa pratique :

La peau rasée, savonnée, lavée avec une solution antiseptique, il enfonce dans la partie la plus fluctuante du bubon une aiguille assez grosse pour que le pus, quelquefois fort épais, n'en bouche pas l'orifice; à l'aide d'une séringue, il vide le bubon par aspiration, retire l'aiguille et introduit dans l'orifice de la piqûre une fine mèche de coton imbibée d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 30; il fait par dessus un pansement antiseptique et un bandage compressif. Les malades doivent garder le repos au lit. La ponction est répétée au fur et à mesure que le pus se reforme dans le bubon, tous les deux ou trois jours en moyenne, en pratiquant la nouvelle piqûre à la place non cicatrisée encore de l'ancienne. A la guérison l'orifice de la ponction se referme sans laisser de cicatrice.

Dans les cas de bubons virulents, il est nécessaire de compléter ce traitement, complètement indolore et très bien accepté des malades, par l'injection d'un centimètre cube d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 50. On pourra ainsi enrayer la virulence du bubon, sinon il faudrait avoir recours à son traitement nécessaire, l'incision.

Nous emprunterons au Dr Le Pileur ses conclusions ; la méthode de l'aspiration :

1° Convient à toutes les adénites suppurées quelles que soient leur origine et leur nature ;

2° La guérison est obtenue avec des cicatrices invisibles ou du moins insignifiantes ;

3° La durée de la maladie est plus courte, vingt-

quatre journées en moyenne depuis le jour de l'opération ;

4° Celle-ci doit être pratiquée quand le pus est bien collecté et la fluctuation bien évidente.

M. Le Pileur a appliqué son traitement à toutes les adénites inguinales, mais il cite dans sa thèse une statistique de M. Libermann qui a traité par la méthode de l'aspiration 36 bubons vénériens et a obtenu les résultats suivants :

9 adénites virulentes : succès dans 5 cas ; insuccès dans 4.

Dans les cas de réussite la moyenne du traitement a été de 22 jours, et la moyenne des aspirations de 10.

27 adénites lymphathiques parmi lesquels :

10 adénites à la suite de chancres mous :

4 guérisons en 4 à 8 jours ;

6 — — 15 à 21 jours ;

14 adénites à la suite de chancre induré :

9 guérisons en 15 jours ;

5 — — 3 semaines à 1 mois ;

3 adénites d'emblée :

2 guérisons au bout de 8 jours ;

1 — — de 1 mois.

Cette méthode si simple, complètement indolore donne des résultats excellents au point de vue esthétique, mais il faut attendre que le bubon soit arrivé à la suppuration, aussi a-t-on cherché à l'aide d'injections médicamenteuses à abréger la durée du traitement, en faisant avorter le bubon.

INJECTIONS MEDICAMENTEUSES

Les injections médicamenteuses les plus diverses ont été employées dans le but de perfectionner la méthode de la ponction aspiratrice. Avec les unes, il faut attendre que le bubon soit suppuré pour porter le médicament dans sa cavité, les autres permettent de chercher à devancer cette suppuration par des injections intraganglionnaires pratiquées dès le début de l'affection.

Hanse publia vers 1830 deux observations de bubons suppurés guéris en dix jours par des injections composées de deux parties de vin aromatique pour une de teinture d'iode.

Von Eischstorff rapporte treize observations de bubons vénériens traités par la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé; la guérison a été dans tous les cas complète au bout de peu de temps, sans trace de cicatrice.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques de règle, la tumeur est ponctionnée au point le plus

fluctuant avec un trocart à hydrocèle, le pus est évacué et la cavité lavée avec de l'eau phéniquée au 1/20; puis on injecte une petite quantité d'éther iodoformé à 10 pour 100.

Il faut faire attention à ce que l'éther, évaporé par la chaleur, ne distende pas la poche; dans ce cas on le laisse s'évaporer par la canule maintenue dans la plaie ; puis on retire la canule en laissant dans le bubon une petite quantité d'éther. Enfin on fait un pansement à la gaze iodoformée, une compression légère, et on ordonne au malade le repos au lit.

Le pansement doit être enlevé au bout de quatre jours, on évacue par l'ouverture laissée par le trocart le liquide séreux qui emplit la cavité et l'on fait un autre pansement que le malade garde huit jours. Dans le cas de bubon chancreux, on est quelquefois obligé de faire une seconde injection d'éther iodoformé.

Le Dr Gamel, médecin de l'hôpital de Marseille, a légèrement modifié cette méthode, il injecte une fois par semaine dans les bubons suppurés, un centimètre cube d'éther iodoformé.

Cette méthode n'abrège guère la durée du bubon, M. le Dr Queyrat après avoir employé les injections d'éther iodoformé y a renoncé n'en ayant obtenu aucun bon résultat.

En 1882 le Dr Taylor, en 1885 le Dr Armstrong ont cherché à faire avorter le bubon avant sa suppuration en faisant dans le ganglion enflammé une injec- de 15 à 20 gouttes d'eau phéniquée à 1 pour 50,

après ils mettaient le malade au repos avec une vessie de glace en permanence sur le bubon.

Leur procédé a été généralement abandonné pour celui de Welander qui donna de meilleurs résultats.

La peau étant préparée comme dans tous les autres procédés, on enfonce dans le ganglion enflammé une aiguille creuse stérilisée, puis au moyen d'une seringue également stérilisée on injecte un centimètre cube de la solution suivante :

Benzoate de mercure.	1 gr.
Chlorure de sodium.	0 gr. 50
Eau	100 gr.

On applique un pansement compressif et on ordonne le repos au lit.

Tout d'abord pendant deux ou trois jours les phénomènes inflammatoires redoublent puis il se calment.

Dans les cas favorables la guérison est obtenue en une dizaine de jours, mais dans les deux tiers des cas le bubon continue son évolution.

Welander a formulé ainsi les indications de sa méthode :

1° Si le bubon est virulent, il évolue malgré l'injection ;

2° Si la fluctuation est prononcée, l'incision est nécessaire ;

3° Si la fluctuation est peu marquée il y a quelques chances d'abortion ;

4° S'il n'y a pas de fluctuation la guérison est obtenue dans 90 0/0 des cas.

Spietchka dans la clinique de Pieck a employé la méthode de Welander sur 62 bubons et a obtenu les résultats suivants :

Sur 62 bubons 23 ont été guéris par l'injection seule ;

Dans 13 cas la ponction a été nécessaire ;

Dans 26 cas l'incision large a été nécessaire.

L'application de cette méthode est donc assez restreinte ; ce traitement ne s'applique qu'aux bubons non suppurés, en minorité dans la clientèle hospitalière ; il n'empêche pas l'évolution virulente et n'est pas toujours inoffensif, car les Drs Brousse et Bathezat de Montpellier ont vu à la suite de ces injections se produire des phénomènes généraux assez graves, fièvre à 39°, céphalalgies, vomissements, douleur vive du bubon injecté.

Le Dr Balzer qui a essayé de remplacer le benzoate de mercure par une solution de sublimé à 1 pour 200 dont il injectait 15 à 20 gouttes dans les bubons au début, n'a pas obtenu des résultats meilleurs que ceux de la méthode précédente.

LA METHODE DE BIER

L'hyperhémie est le grand moyen de défense de l'organisme. Il se produit une hyperhémie physiologique dans tous les actes de croissance, de défense, de régénération. Cherchant à provoquer ou à augmenter cette réaction, le professeur Bier, qui a écrit en tête de son *Traité sur l'hyperhémie et son action thérapeutique* « on ne commande à la nature qu'en suivant ses voies » a cherché les conditions dans lesquelles elle se produit, les agents qui la provoquent, et les applications thérapeutiques qu'on en peut tirer.

Il distingue tout d'abord deux sortes d'hyperhémies : une hyperhémie active, artérielle, provoquée par la chaleur, le mouvement, les frictions, les agents chimiques, qui résulte d'une irrigation sanguine plus abondante ; et une hyperhémie passive obtenue par stase veineuse.

Cette dernière seule trouve son emploi dans les cas qui nous occupent.

On peut produire cette stase sanguine à l'aide d'une bande de caoutchouc enroulée à la racine d'un membre et comprimant son réseau veineux, ou bien à l'aide de ventouses sèches lorsque l'application de la bande est impossible ou lorsqu'on veut localiser l'action hyperhémiante.

Ces ventouses de toutes tailles, de toutes formes peuvent s'adapter à toutes les régions et recouvrir toute la surface de peau que l'on désire ; elles sont munies de poires en caoutchouc ou s'adaptent à un appareil aspirateur de façon à produire le degré d'aspiration que l'on veut. Celles qui peuvent servir au traitement des bubons sont munies d'une poire tantôt fixée directement sur la ventouse, tantôt reliée à elle par un tuyau de caoutchouc: ces dernières sont préférables car elles peuvent se démonter plus facilement pour être lavées et bouillies.

Quelle est l'action de l'hyperhémie et comment agit-elle ?

Le Dr Bier reconnaît une action analgésique, une action bactéricide, une action résolutive, une action nutritive.

Des hypothèses très nombreuses ont été émises sur ces modes d'action, le Dr Bier ne se prononce pas, se bornant à exposer les diverses théories émises à ce sujet. Quoi qu'il en soit, l'hyperhémie possède : une action analgésique que nous avons constatée,qui n'est malheureusement pas de longue durée,

expliquée soit par la dilution des produits toxiques (Bier), soit par l'imbibition séreuse des tissus influant sur la sensibilité nerveuse (Ritter) ;

Une action bactéricide produite soit par l'action directe ou indirecte des leucocytes, directe par phagocytose (Bier), indirecte par production d'enzymes (Buchner) ; soit grâce à l'augmentation de l'alcalinité du sérum, et à sa plus riche teneur en acide carbonique, ce qui augmenterait considérablement son pouvoir bactéricide (Hamburger).

Une action résolutive et une action nutritive produites probablement par des phénomènes vasculaires mécaniques.

Dans le *Traité sur l'hyperhémie*, nous n'avons trouvé qu'une fois le mot bubon ainsi mentionné : « Les furoncles, anthrax, bubons, mastites, piqûres d'insectes, onyxis, etc., etc., au total plus de 1000 cas ont été influencés favorablement ; nous n'avons jamais été obligés de suspendre le traitement et nous avons toujours obtenu la guérison sans pratiquer les grandes incisions que nous faisions précédemment ; nous avons toujours employé l'aspiration ou de petites incisions peu nuisibles. »

Si le Dr Delagenière parle plus longuement des adénites en général, il ne s'étend pas spécialement sur les vénériennes, dont cependant l'évolution et le pronostic sont assez particuliers. A défaut de renseignements plus précis, nous nous sommes appliqué à suivre les instructions générales que donnent le

professeur Bier et le Dr Klapp pour le traitement des inflammations et suppurations aiguës.

Les ventouses dont nous nous sommes servi se composent d'une simple cloche de verre reliée à une poire de caoutchouc par un simple tuyau de caoutchouc long de 7 à 8 centimètres.

Les ventouses ont des dimensions variables, celles qui ont 5 centimètres de diamètre sont généralement suffisantes, mais il peut être utile d'en posséder de dimensions supérieures, 8 centimètres environ pour les gros bubons formant à l'aine une longue tumeur saillante. Leur bord épais, afin d'éviter la compression de la peau, est incurvé de façon à pouvoir s'adapter à l'aine.

La poire peut produire un vide suffisant pour provoquer des ecchymoses et des suffusions sanguines; il est bon qu'elle puisse produire de fortes aspirations, car elle peut servir à traiter d'autres lésions où ces aspirations seraient nécessaires ; mais dans le traitement des inflammations aiguës, l'aspiration ne doit pas être, d'après le Dr Klapp, assez forte pour rougir fortement la peau.

Inutile de dire que dans cette méthode comme dans toute autre les précautions de propreté doivent être prises : toute ventouse, avant et après son usage, doit être lavée et bouillie.

Le malade également sera préparé, la région sera rasée et lavée avec une solution antiseptique, sublimé ou oxycyanure. Il sera bon d'oindre la région de vaseline, ainsi que les bords de la ventouse, autant pour

faciliter l'adhérence de celle-ci, que pour protéger la peau rasée contre les inoculations possibles, par écoulement de pus, dans le cas de bubon ouvert ou ponctionné.

Ceci fait on applique la ventouse, il faut ne faire qu'un vide très modéré, la peau ne doit être que peu attirée dans l'intérieur, elle doit à peine rougir ; si elle devenait d'un rouge foncé, il faudrait lever la ventouse et la replacer en faisant l'aspiration moins grande. Cette application ne doit pas être douloureuse et le malade ne doit accuser qu'une impression de tension. La région ne doit pas se congestionner, aussi le Dr Klapp conseille-t-il, de ne pas laisser la ventouse en place plus de cinq minutes, puis de la la lever pendant trois minutes pour laisser aux tissus le temps de se décongestionner ; on replace ensuite la ventouse cinq nouvelles minutes et ainsi de suite pendant tout le temps de la séance quotidienne qu'il veut de trois quarts d'heure.

Le Dr Delagenière préfère des séances un peu plus longues ; il a obtenu de meilleurs résultats avec une séance d'une heure ou deux d'une demi heure par jour.

Comme le Dr Klapp il recommande d'interrompre l'application de la ventouse cinq ou six fois pendant les séances ; ayant voulu faire des applications d'une heure consécutive, il a trouvé les inconvénients suivants : les ventouses ne restent pas fixées assez longtemps ; l'aspiration devient rapidement insuffisante, l'air passant sous les bords de la ventouse,

ou le pus des abcès venant la remplir ; d'autres fois l'aspiration étant trop forte, l'application de l'appareil devenait douloureuse et il se produisait des ecchymoses et des suffusions sanguines.

Nous avons fait sur nos malades deux applications d'une demi-heure chacune, matin et soir ; au début nous les interrompions ainsi qu'il nous était recommandé. Puis dans le cas de bubons non ouverts ou suppurant peu, nous avons laissé la ventouse en place pendant la demi-heure entière sans y avoir jamais trouvé d'inconvénients.

La pression se maintient parfaitement grâce à la vaseline ; et ayant toujours fait grande attention à ne pas faire d'aspiration trop forte, levant la ventouse sitôt que le patient s'en plaignait, nous n'avons pas vu une seule fois la plus petite ecchymose succéder à l'application de l'appareil.

Au contraire, dans le cas de bubons ouverts ou ponctionnés donnant issue à une quantité relativement considérable de pus, il faut chaque fois que la cloche emplie ne donne plus une aspiration suffisante, relever l'appareil, enlever le pus, laver la région, laver la cloche et la replacer, manœuvre qu'il faut faire quelquefois cinq ou six fois.

La séance terminée, on fait sur le bubon un pansement antiseptique légèrement compressif et l'on ordonne au malade le repos au lit.

Dans aucun cas de bubon succédant au chancre mou, nous n'avons vu l'application de la méthode de Bier enrayer la marche de l'affection ; tous les

bubons ont suppuré et il ne semble pas que la suppuration ait été retardée. Il ne faudrait pas d'ailleurs incriminer la méthode; Bier déclare qu'il faut traiter les inflammations tout à fait à leur début pour avoir des chances de les voir avorter, et ce cas ne s'est présenté pour nous qu'une fois.

Les bubons syphilitiques n'ont pas paru influencés par le traitement, ou du moins le furent peu.

La péri-adénite disparaissait sous l'influence de la ventouse en peu de temps, mais les ganglions durs, roulant sous le doigt, ne reprenaient pas le volume normal qu'ont les ganglions des adénites syphilitiques en pléiade.

Quand le bubon est arrivé à suppuration, il faut donner issue au pus ainsi que dans n'importe quel autre traitement. Nous avons fait des ponctions capillaires aux points fluctuants, en prenant tous les soins indiqués d'antisepsie.

Il est nécessaire d'employer de grosses aiguilles; au début des suppurations, le pus est quelquefois tellement épais qu'il peut obstruer une aiguille moyenne.

Les premières fois nous placions la ventouse sur l'aiguille enfoncée dans le bubon; l'écoulement du pus était lent et difficile ; il est préférable de se servir de l'aiguille comme d'un trocart, simplement pour créer un orifice de sortie au pus.

La ventouse donc étant appliquée sur le bubon ponctionné, on voit le pus sourdre de la piqûre et s'accumuler dans la cloche. Les premiers jours il est généralement peu abondant; mais bientôt il jaillit

en telle quantité qu'il est nécessaire de lever la ventouse pour l'enlever ; peu à peu on le voit diminuer de quantité et s'éclaircir, ce n'est à la fin qu'un écoulement de sérosité citrine qui cesse bientôt.

Généralement il n'est pas utile de faire des ponctions répétées. Les applications de la ventouse aspiratrice sont assez rapprochées pour que l'orifice de la piqûre ne se cicatrise pas, le pus s'en écoulant à chaque aspiration. Rien d'ailleurs ne serait aussi facile que d'enlever une croûtelle qui obstrue l'orifice, ou de faire une seconde ponction à la place de l'ancienne.

Ces piqûres ne laissent aucune cicatrice ; chez les malades qui sont restés dans le service jusqu'à guérison complète on n'en trouvait rapidement plus la trace.

La guérison a demandé pour les malades traités seulement par les ventouses et par la ponction simple, une moyenne de quinze jours, a partir du début du traitement.

Avec l'aspiration seule, la durée du bubon est de vingt-quatre jours (Le Pileur). La ventouse ferait donc gagner plus d'une semaine. L'effet semble surtout se produire à la dernière période de l'affection ; il est remarquable de voir à ce moment avec quelle rapidité la réparation se fait ; en deux ou trois jours la tumeur se résout, s'affaisse, pâlit et se sèche.

Nous ne doutons pas qu'avec plus d'expérience nous n'eussions obtenu de plus belles guérisons.

Bier répète, et il insiste sur ce point, qu'il faut une grande habitude de sa méthode pour arriver à des résultats vraiment bons.

On croirait même à le lire que seul un spécialiste puisse en obtenir des succès. Cependant cette méthode est appliquée maintenant en Allemagne par tous les praticiens et quelque inexpérimenté que nous soyons, les résultats que nous avons obtenu sont encourageants.

Sur 10 bubons suppurés consécutifs au chancre mou, traités par la méthode de Bier seule, la durée moyenne du traitement a été de 15 jours.

1 est devenu chancrelleux.
3 ont duré 10 jours.
2 — — de 10 à 15 jours.
4 — — — 15 à 20 jours.
1 — — 22 jours.

3 bubons syphilitiques traités par la même méthode respectivement pendant 10, 25, et 26 jours ont été peu améliorés.

M. le Dr Queyrat nous ayant donné le conseil d'allier le traitement par la méthode de Bier à celui des injections médicamenteuses, nous avons fait, sur ses indications, à cinq bubons arrivés à suppuration, une ponction aspiratrice suivie de l'injection d'un centimètre cube d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1 0/00, tout en continant matin et soir les applications de ventouses. Les résultats obtenus sont excellents.

L'injection de la solution d'oxycyanure donne

lieu pendant deux ou trois minutes au plus, à une sensation de cuisson légère qui se dissipe aussitôt.

Le lendemain on trouve le bubon tendu, fluctuant la ponction et l'aspiration par la ventouse donnent issue à un liquide à peine louche que nous n'avons vu se reformer dans aucun des cinq cas. Les bubons se sont affaissés, décolorés en quelques jours. La guérison complète est survenue au bout de 5, 5, 12, 6 jours. Le cinquième malade (observation XIV) est sorti sur sa demande au bout de 4 jours presque guéri.

CONCLUSIONS

Dans le traitement du bubon vénérien:

1° L'hyperhémie à elle seule est incapable d'empêcher la suppuration;

2° Associée aux ponctions capillaires, c'est la méthode la moins douloureuse;

3° Elle ne laisse aucune cicatrice;

4° Si on ajoute une injection d'oxycyanure de mercure, aux avantages précédents se joint une rapidité d'évolution inconnue jusqu'à ce jour.

OBSERVATIONS

Toutes ces observations ont été prises par nous dans le service de M. le Dr Queyrat où nous avons traité les malades atteints de bubons par la méthode de Bier.

Observation I

C... Charles, 19 ans, peintre, à la fin du mois de mars, huit jours après un coït suspect s'aperçut qu'il portait dans le sillon balano-préputial du côté droit une ulcération douloureuse.

Vers le 20 avril, l'aine gauche devient douloureuse et rouge ; il se rend le 27 avril à la consultation de l'hôpital Cochin annexe, où il est reçu salle 8, lit nº 7, pour chancre simple et bubon.

Le bubon est gros comme un œuf de poule, rouge, dur, non fluctuant, les ganglions entourés de périadénite ne sont pas mobiles sous la peau adhérente ; il est douloureux.

6 *mai.* — On applique le matin pendant une heure la ventouse de Bier, ce qui atténue pendant une heure à peu près les sensations douloureuses du malade.

10 *mai.* — On trouve au centre de la tumeur un point fluctuant qui s'étend les jours suivants.

14 *mai.* — Ponction du bubon qui se vide complètement sous la ventouse, pus roussâtre, mal lié ; le malade est immédiatement et complètement soulagé.

17 *mai.* — La fluctuation s'est étendue, suppuration abondante ; nouvelle ponction.

20 *mai.* — Ponction. Le bubon s'affaisse et se décolore, il n'est plus douloureux, son pourtour n'est plus empâté.

22 *mai.* — La tumeur diminuée des trois quarts est entièrement décolorée, on ponctionne encore un point fluctuant large comme une pièce de 1 franc.

25 *mai.* — Le malade est guéri ; il persiste une induration large comme une pièce de 2 francs. Petite croûtelle à la place des piqûres.

Observation II

B... Paul, 29 ans, garçon de café, entre le 4 mai 1907, salle 8, lit n° 25.

Chancre syphilitique datant de six semaines, syphilides maculeuses du tronc, adénite inguinale gauche en pléiade. A droite gros bubon apparu peu de temps après le chancre, saillant, rouge vif, dur, empâtement de toute la région, pas de suppuration, pas de modifications depuis un mois.

7 *mai.* — Application pendant une heure de la ventouse Bedier.

Régression lente du bubon au bout de quelques jours. Le malade sort le 17 mai sur sa demande, non complètement guéri, la périadénite a disparu, on perçoit à la palpation les ganglions enflammés, la tumeur a diminué d'un tiers à peu près, il persiste une légère douleur.

Observation III

N... Émile, 32 ans, chauffeur, entre le 9 mai, salle 6, lit n° 25.

Le malade s'est aperçu il y a vingt jours, qu'il avait un chancre mou du filet, trois ou quatre jours après apparition d'un bubon gauche.

Bubon gauche, très douloureux, peu saillant, non suppuré, rouge sombre, accompagné de périadénite, et formant une tumeur large comme la main.

10 *mai.* — Application pendant une heure, le matin, de la ventouse de Bier ; aucune modification pendant une semaine, la douleur cependant est calmée par l'application de la ventouse, soulagement qui persiste au dire du malade une demi-heure environ après.

19 *mai.* — Fluctuation à la partie externe de la tumeur.

20 *mai.* — La fluctuation s'est étendue à toute la tumeur; ponction ; soulagement immédiat et complet du malade. Chaque application de la ventouse donne lieu à l'issue très abondant d'un pus roussâtre.

22 *mai.* — Ponction.

23 *mai.* — Affaissement de la tumeur qui pâlit.

24 *mai.* — Le bubon ne donne plus qu'une sérosité louche.

30 *mai.* — Le malade sort sur sa demande ; il persiste une

tumeur grosse comme une noix, au niveau de la peau rosée, tout suintement a disparu.

Observation IV

T... Achille, 24 ans, employé, entre le 11 mai 1905, salle 8, lit n° 29. Le malade, depuis le milieu d'avril, est porteur de trois chancres mous préputiaux, adénite inguinale depuis le 4 mai. Bubon gros comme un œuf de poule, saillant, fluctuant, peau rouge, luisante, amincie.

13 *mai.* — Ponction et application pendant une heure de la ventouse de Bier ; à chaque aspiration, issue d'une petite quantité de pus, épais, roussâtre.

17, 19 *mai.* — Ponctions.

21, 22, 24 *mai.* — Ponctions. La tumeur diminue, s'affaisse et se décolore, le pus beaucoup plus abondant, et moins épais, devient simplement louche, puis citrin.

27 *mai.* — Le bubon ne donne plus issue qu'à une petite quantité de sérosité limpide.

29 *mai.* — Le malade sort guéri. Pas de cicatrice, il persiste une légère induration de la région.

Observation V

B... Jean, 26 ans, forgeron, entre le 11 mai 1907, salle 8, lit n° 31. Il est porteur depuis un mois d'un chancre mou ayant perforé le frein et depuis quinze jours de deux bubons peu douloureux.

Le bubon gauche est gros comme un œuf de poule, rouge,

suppuré, nettement fluctuant, empâtement de toute la région.

Le bubon droit entouré de périadénite, moins gros, moins rouge n'est pas suppuré.

14 *mai.* — Matin et soir pendant une demi-heure, application de la ventouse sur les deux bubons, ponction du bubon gauche, qui donne une grande quantité de pus à chaque aspiration.

17 *mai.* — Le bubon gauche a sensiblement diminué, la fluctuation est plus limitée.

Le bubon droit est stationnaire.

19 *mai.* — Le bubon gauche ne donne plus qu'un peu de sérosité louche.

Le bubon droit devient fluctuant.

22 *mai.* — Ponction du bubon droit, donnant un peu de pus.

25 *mai.* — Le bubon gauche est guéri, la peau encore violacée est adhérente aux tissus sous-jacents encore indurés. Le bubon droit suppure peu abondamment, la portion fluctuante est toujours limitée, il faut chaque fois enlever la croûtelle qui obstrue l'orifice de la piqûre.

25 *mai.* — La suppuration s'éclaircit, mais la région reste enflammée, le volume du bubon ne diminue guère.

2 *juin.* — Le malade sort sur sa demande, le bubon gauche est complètement guéri, pas la moindre cicatrice. Le bubon droit toujours gros, donne encore issue sous la ventouse à une petite quantité de sérosité louche.

Observation VI

D... Victor, 23 ans, couvreur, entre le 13 mai, salle 6, lit n° 19. Le malade a déjà eu il y a trois ans des chancres mous suivis d'un bubon droit incisé.

Chancres mous multiples il y a vingt jours, le bubon très douloureux est apparu dix jours après le chancre, il est peu volumineux, pâle, et comme coupé en deux par la cicatrice du bubon précédent.

14 *mai.* — Le soir même de l'admission, le bubon s'est spontanément ouvert. On fait des pansements humides, et on applique la ventouse matin et soir.

17 *mai.* — Ulcérations chancreuses au niveau de l'ouverture du bubon, que l'on incise au bistouri, les applications de ventouse sont suspendues, le bubon est traité par les pansements iodoformés.

Le malade sort guéri le 1er juin.

Observation VII

G... Marc, 43 ans, terrassier, entre le 13 mai, salle 6, lit nº 8. Le malade a des chancres mous depuis six semaines, à la suite desquels est survenu, il y a quinze jours, un bubon gauche peu volumineux, gros comme un œuf de pigeon, douloureux, sans périadénite, les autres ganglions ne sont pas enflammés, fluctuation nette, peau rouge et adhérente.

15 *mai.* — Application matin et soir de la ventouse de Bier ; ponction suivie d'aspiration donnant issue à une quantité moyenne de pus, le malade est soulagé.

17 *mai.* — Nouvelle ponction à la suite de laquelle la tumeur diminue et pâlit.

19 *mai.* — Ponction ; issue de quelques gouttes de sérosité limpide.

20 *mai.* — Le malade sort guéri ; il persiste une légère

coloration de la peau ; on sent par la palpation un empâtement léger très limité.

Observation VIII

L... Vincent, 26 ans, matelassier, entre le 15 mai, salle 6, lit n° 9. Le malade a eu il y a un an des chancres mous, compliqués de deux bubons incisés ayant laissé de longues cicatrices.

Actuellement il est porteur depuis quinze jours de chancres mous préputiaux et d'un bubon droit.

Le bubon est petit, peu coloré, douloureux, situé sous la cicatrice du précédent ; il y a de l'empâtement de toute la région. La peau amincie semble en un point prête à percer.

17 *mai*. — Application de la ventouse une demi-heure matin et soir, ponction donnant une petite quantité de pus, roux, épais ; soulagement immédiat du malade.

20 *mai*. — Ponction. Le pus est moins abondant et moins épais.

22 *mai*. — Ponction donnant issue à une petite quantité de liquide louche.

25 *mai*. — Le malade sort sur sa demande, il persiste une légère fluctuation, la région n'est plus douloureuse mais reste empâtée.

Observation IX

Te... Octave, 29 ans, manœuvre, entre le 15 mars, salle 8, lit n° 42.

Le malade est porteur depuis le 7 mai, d'un chancre syphilitique de la verge : bubon droit indolore; peau adhérente, rouge vif ; tous ganglions sont enflammés, entourés de périadénite, formant une longue tumeur saillante.

17 *mai.* — Ventouse de Bier une demi-heure matin et soir. La tumeur diminue lentement, elle pâlit un peu, la périadénite disparaît et l'on perçoit séparément les ganglions enflammés.

12 *juin.* — Le malade sort sur sa demande.

Observation X

V... Jean, 51 ans, coiffeur, entre le 15 mai, salle 8, lit n° 27.

Le malade depuis six semaines est porteur d'un chancre syphilitique balano-préputial droit, à la suite duquel, depuis quinze jours, est survenu un bubon droit, formant une longue tumeur saillante, indolente, non accompagnée de périadénite. La peau est rouge vif, non adhérente, sauf au centre de la tumeur où se trouve un point fluctuant large comme une pièce de 1 franc.

15 *mai.* — Ventouse de Bier, une demi-heure, matin et soir.

21 *mai.* — Ponction donnant issue à une petite quantité de pus jaunâtre.

23 *mai.* — Ponction.

26 *mai.* — Guérison de ce petit abcès.

14 *juin.* — Le malade sort sur sa demande; à sa périphérie la tumeur a diminué, on sent de petits ganglions rouler sous le doigt, mais le centre est resté aussi gros et aussi rouge.

Observation XI

D... Marcel, 18 ans, mécanicien, entré le 15 mai, salle 6, lit n° 34.

A été traité il y a cinq semaines à l'hôpital Saint-Louis pour un chancre mou du méat actuellement guéri.

Sorti de l'hôpital, un bubon gauche se déclarait il y a huit jours.

Bubon gauche énorme, formant sur toute la longueur de l'aine un volumineux bourrelet rouge vif, dur, peu douloureux, la peau est adhérente.

L'application de la ventouse est tout d'abord impossible.

21 *mai*. — Légère fluctuation à la partie externe du bubon.

22 *mai*. — Ponction donnant issue à très peu de pus. La tumeur a diminué, car on peut actuellement appliquer la ventouse dont on fait matin et soir des séances d'une demi-heure.

24 *mai*. — Ponction donnant peu de pus; le bubon est moins saillant, surtout à sa partie interne où il semble se résoudre très vite et où la peau est moins rouge.

26, 28, 30 *mai*. — Ponctions, la suppuration est toujours peu abondante, le liquide est simplement louche, mais la tumeur ne régresse pas à sa partie externe.

1er *juin*. — Nouvelle tuméfaction rouge, douloureuse à la partie la plus interne du bubon qui paraissait guérie.

Il semble y avoir actuellement deux bubons, complètement séparés, un interne et un externe; on applique la ventouse séparément sur les deux.

5 *juin*. — Fluctuation à la partie interne, ponction, évacuation d'une petite quantité de pus et injection dans le bubon d'un centimètre cube d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 1000, injection qui provoque une légère cuisson aussitôt dissipée.

La partie externe donne issue à un liquide citrin.

8 *juin*. — La partie externe du bubon est stationnaire ; tout écoulement de pus ou de sérosité a cessé ; mais il persiste une tumeur rouge, indurée, non fluctuante, grosse comme un œuf de poule, qui ne régresse pas.

La partie interne est fluctuante ; ponction et aspiration d'une assez grande quantité de liquide à peine louche.

10 *juin*. — La partie interne du bubon est guérie, la rougeur a disparu, il persiste simplement un peu d'empâtement de la région.

12 *juin*. — Le malade sort sur sa demande ; la partie interne du bubon est complètement guérie, la partie externe est toujours aussi grosse, aussi rouge, aussi dure, pas de fluctuation. Les traces de piqûre ont complètement disparu.

Observation XII

Ga... Fernand, 17 ans, employé, entre le 3 juin, salle 8, lit n° 38.

Il y a deux mois et demi le malade a eu des chancres mous préputiaux ainsi qu'une adénite qui a duré quinze jours, et s'est guérie par le repos.

Il y a dix jours, après des travaux fatigants, récidive du bubon droit, volumineux, rouge sombre, fluctuant, douloureux, accompagné de périadénite.

4 *juin.* — Ventouse de Bier, une demi-heure matin et soir.

Ponction aspiratrice donnant issue à une quantité moyenne de pus jaunâtre, suivie de l'injection d'un centimètre cube de la solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 1000.

5 *juin.* — Ponction marquant une petite quantité de liquide légèrement trouble.

6 *juin.* — Plus de fluctuation, la peau a repris sa couleur normale, la tumeur est mieux limitée.

7 *juin.* — La tumeur n'est plus apparente, on sent sous la peau un ganglion dur, mobile, gros comme une noix.

8 *juin.* — Le malade sort guéri.

Observation XIII

Mo... Pierre, 20 ans, coiffeur, entre le 5 juin, salle 8, lit n° 30.

Chancre mou du frein il y a quinze jours, bubon gauche depuis cinq jours ; on trouve un ganglion isolé, gros comme une noix, très douloureux, mobile sous la peau non adhérente et non enflammée.

6 *juin.* — Ventouse de Bier matin et soir pendant une demi-heure.

10 *juin.* — La peau est adhérente, un peu rouge, la tumeur n'est plus mobile.

12 *juin.* — Point fluctuant. Ponction, aspiration, injection d'un centimètre cube de la solution d'oxycyanure.

13 *juin.* — Ponction donnant issue à du pus peu coloré.

15 *juin.* — Le bubon décoloré est affaissé, pas de fluctuation, induration bien limitée sous la peau.

18 *juin.* — Le malade sort guéri, il persiste une légère induration.

Observation XIV

Ve... Louis, 38 ans, boulanger, entre le 12 juin, salle 8, lit 34.

Chancre mou il y a un mois, actuellement guéri ; bubon gauche depuis cinq semaines, actuellement suppuré, peu douloureux, peau violacée, décollée.

15 *juin.* — Ponction suivie d'aspiration et d'une injection d'oxycyanure de mercure. Ventouse de Bier matin et soir pendant une demi-heure.

17 *juin.* — Ponction donnant issue à une grande quantité de liquide louche.

19 *juin.* — Le malade sort sur sa demande, la tumeur a diminué, s'est affaissée et a pâli sous la peau décollée, il ne s'est pas reformé de pus.

Observation XV

D... Urbain, 26 ans, plombier, entre le 15 juin, salle 8, lit n° 71. Cicatrice inguinale gauche, à la suite de l'incision, il y a six ans d'une adénite banale.

Bubon gauche depuis vingt jours, consécutif à des chancres mous guéris depuis cinq semaines.

Actuellement. — Bubon suppuré douloureux, peu saillant, empâtement de périadénite large comme la paume de la main, peau simplement rosée, adhérente.

17 *juin.* — Ponction, aspiration et injection d'un centimètre cube de la solution d'oxy-cyanure. Ventouse de Bier une demi-heure, matin et soir. Le malade est immédiatement soulagé.

18 *juin.* — Ponction donnant issue à une grande quantite de liquide purulent.

20 *juin.* — La peau a repris sa coloration normale Un peu de liquide citrin s'échappe de la piqûre sous la ventouse.

23 *juin.* — Le malade sort, on ne perçoit plus qu'une induration large comme une pièce de cinq francs sous la peau.

Vu : le Président de la thèse
LANDOUZY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Armstrong. — *Médical News*, 5 décembre 1885.

Arnozan et Vigneron. — Traitement du chancre mou et du bubon. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1890-1891, XX, 577 ; 1891-1892, XXI, 1-3.

Balzer. — Thérapeutique des maladies vénériennes, Collection Dujardin-Beaumetz et Terrillon.

— Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Londres, avril 1896.

Balzer et Souplet. — Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre et du bubon. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1891.

Batut. — Des adénites vénériennes et des adénites tuberculeuses. Traitement. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, août 1904, p. 561.

Berdall. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1896.

Bier. — L'hyperhémie et son action thérapeutique, 1907.

Brodier. — Affections du système lymphatique. Traité de chirurgie *Delbet et Le Dentu*.

Brousse et Bothezat. — De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander. *Annales de Dermat. et Syphiligr.*, 1893, p. 346.

Carle. — Traitement chirurgical du bubon. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1905, p. 203.

Cordier. — Sur le traitement du bubon. *Lyon médical*, 1890.

Dechambre. — Dictionnaire, article : *bubon*.

Dedjurin. — Traitement du bubon vénérien par l'argent colloïdal de Credé en onguent. *Journal russe de Dermatologie*, mars, avril, mai, juin 1904.

Delagenière. — Contribution à l'étude de la stase hyperhémique passive comme méthode thérapeutique, ou méthode de Bier.

Delaunay. — De l'adénite inguinale vénérienne et de son traitement chirurgical. *Thèse Paris*, 1865.

Djelaleddin-Mouktar. — Traitement du bubon par le gaïacol *Annales de Dermat. et desyphiligr.*, 1897, p. 219.

Dubreuilh. — Traitement du chancre mou et de ses complications. Traité de thérapeutique appliquée. Robin, 1896.

Dubreuilh et Lasnet. — Étude bactériologique sur le chancre mou et le bubon chancreux. *Archives cliniques de Bordeaux*, octobre, novembre 1893.

Von Eichstoff. — Traitement du bubon par les injections d'éther iodoformé. *Thèse Paris*, 1889.

Fontan. — *Archives de médecine navale*, juillet 1889.

Fournier. — Dictionnaire Jaccoud, art. : *Bubon*.

— Traitement du bubon chancrelleux. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1897, p. 1173.

Gavoy. — Étude clinique sur le traitement des bubons vénériens. Compression combinée à diverses méthodes thérapeutiques. *Thèse Paris*, 1882.

Gomal. — Traitement du bubon. *Semaine médicale*, 1892, p. 62, annexes.

Hallopeau et Teineive. — Insuccès du xéroforme dans le traitement du bubon. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1905, p. 202.

Hanse. — Quelques considérations sur le bubon vénérien et sur son traitement, notamment par les injections iodées. *Thèse Paris*, 1852.

Philip Harvey. — Du traitement des bubons. *Medical News*, 23 janvier 1886, p. 98.

Henric. — Traitement du bubon par injections de vaseline iodoformée. *Thèse Bordeaux*, 1894.

Hermann. — Les injections de glycérine iodoformée associées aux pansements compressifs comme traitement des bubons vénériens. *La Syphilis*, 1905, p. 63.

Hoffmann. — Causes et traitement du chancre mou et de ses suites. *Berliner Klinik Wochenschrift*. 24 juillet 1905, p. 958.

Le Jollec. — Au sujet du traitement des bubons par les injections de vaseline iodoformée. *Archives de médecine*, 1891, p. 305.

Jullien. — Traité des maladies vénériennes.

— Conduite à tenir dans certains cas de bubons. Coexistence du bubon simple et du bubon virulent. *Bulletin médical*, n° 99, p. 1501.

Klingmiller. — Traitement des bubons. *Zeitschrift fur arzlichen Forthildung*, 1904, n° 22.

Leg rand. — Traitement rapide du bubon suppuré par incision, expression et suture immédiate. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 15 mai 1907.

Legars. — Lymphatiques, art : *Bubon*. Traité chirurgie Reclus, t. I.

Le Pileur. — Traitement des bubons par ponction aspiratrice simple. *Thèse Paris*, 1874.

— Nouveaux faits en faveur de l'aspiration dans le traitement des bubons suppurés.

Loetnik. — Traitement du bubon. *Semaine médicale*, 15 juillet 1892.

Neebe. — Traitement des bubons. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1895, p. 609.

Posieski et Ornstein. — Traitement des bubons. *Annales de Dermatologie et de Syphiligr.*, 1896, p. 671.

Otis. — Traitement des bubons. *Annales deDermat. et de Syphiligr.*, 1893, p. 790.

Rondelli. — Traitement des bubons. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1895, p. 505.

Serra. — L'iodoforme dans le traitement des bubons. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1905, p. 202.

Spietschka. — Traitement des bubons. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1893, p. 528.

Szadek. — Chirurgische Behandlung der suppuratinen venerischen bubonen. *Wierteljahreschrift fur dermatologie*, 1888, p. 209.

Taylor. — Traitement des bubons. *American Journal of the medical sciences*, avril 1882.

Tomacszenski. — Étiologie et traitement des bubons et bubonites consécutifs au chancre mou. *Annales de Dermaï. et de Syphiligr.*, 1905, p. 496.

Tommasoli. — Chancre mou et bubon. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1893, p. 535.

Truka. — Traitement des bubons suppurés par les lavages sous-cutanés antiseptiques. *Semaine médicale*, 22 mars 1893.

Waelsch. — Traitement des bubons blennorragiques par les injections de solution physiologique de chlorure de sodium. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1902, p. 835.

Welander. — Traitement abortif des bubons par les injections de benzoate de mercure. Communication de la société de Dermat. et de Syphiligraphie, 12 février 1891.

— Traitement abortif du bubon chancreux. *Revue générale de chirurgie et de thérapeutique*, 1891, p. 280.

Yvinec. — Contribution à l'étude du bubon vénérien. *Thèse Paris*, 1893.

Libr. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le Prince, Paris

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE